ROK X. LUTY 1930. Nr 2 (86)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. MED. LEOPOLD BRENNEJSEN

Zadania lekarzy szkolnych w dziedzinie stomatologji.

Wykład, wygłoszony w grudniu r. 1929 w Państwowej Szkole Hygjeny.
CYKL WYKŁADÓW DLA LEKARZY SZKOLNYCH

613; 616. 31; 616. 9.

Zapoczątkowanie opieki nad uzębieniem młodzieży w wieku szkolnym odnieść należy do połowy wieku zeszłego. T a l m a, belgijski lekarz nadworny, ogłosił w tej sprawie w roku 1851 memorjał, w którym żąda, w celu wykrycia i plombowania ubytków próchnicowych, oględzin uzębienia u dzieci w wieku lat 5 do 12 — co miesiąc, od 12 do 25 — co 3 miesiące, potem zaś co pół roku. Ta częstość proponowanych oględzin tłumaczy się tem, że wonczas nie umiano jeszcze leczyć zapaleń miazgi i zgorzeli: dążono więc do tego, by każdy ubytek próchnicowy mógł być zaplombowany przedtem, nim się dno jego do komory miazgowej przybliży i miazga w następstwie tego zostanie zakażona. Nie trzeba zapominać o tem, że w owe czasy dbano o całość uzębienia jedynie dla tego, że brak zębów odbija się ujemnie na organach trawienia, utrudnia wymowę, nadaje twarzy wygląd szpetny, a obecność napełnionych gnijącemi produktami jam próchnicowych jest przyczyną obrzydliwego zapachu. O wpływie chorób zębów na cały organizm niewiele wiedziano. Poza chorobami traktu pokarmowego, wywoływanemi łykaniem pokarmów, niedokładnie pożutych, wiązano z zębami jeno schorzenia zatok Highmora i najbliższych gruczołów chłonnych.

Obecnie sprawę tę bardzo znacznie pogłębiono: zakażenie ustne może być przyczyną chorób najrozmaitszych i przytem bardzo poważnych. W przypadkach istnienia ognisk zakaźnych w jamie ustnej najprostsze zabiegi chirurgiczne, a nawet czynności fizjologiczne, jak naprzykład porody, mogą dawać ciężkie komplikacje. Delater, Schottmiller i Guttman twierdzą, że stałą przyczyną zakażeń poporodowych bywają ogniska przyzębne. Mosher już w roku 1918 przyczynę rzucawki upatruje w zakażeniu ustnem; inni autorzy pogląd ten potwierdzają, znajdując zawsze w tych razach jamę ustną w stanie zaniedbania i w większości przypadków wykrywając rentgenograficznie torbiele i ziarniniaki przywierzchołkowe. Różne choroby serca, krwi, nerek, stawów mogą być pochodzenia zębowego. Na to obecnie wszyscy lekarze się godzą. Należy więc starannie unikać wszystkiego, co wpłynąć może na powstawanie ognisk zakażenia ustnego. Najczęstszą przyczyną tego rodzaju infekcji bywa próchnica: to też walka z szerzeniem się próchnicy jest jednocześnie zabezpieczeniem organizmów ludzkich od niebezpieczeństw zakażenia ustnego. Ale to zakażenie i z innych powodów powstawać może. Mogą je wywoływać wszelkiego rodzaju uszkodzenia mechaniczne np. odleżyny pod protezami, mostami, (jeśli się one niepotrzebnie z dziąsłem stykają). mogą być ich przyczyną głęboko w dziąsło wtłoczone korony, ugniatające dziąsło. wystające plomby. dalej wszelkiego rodzaju urazy, powodujące pęknięcie odżywiających ząb naczyń, w następstwie czego ząb staje się martwym; wreszcie nawet nieumiejętny sposób jadania może wywoływać choroby dziąsła, prowadzące w wyniku ostatecznym do powstawania zapaleń tkanek przyzębnych, co dawniej ropociekiem zębowym nazywano. A rozlane schorzenia tkanek przyzębnych tak samo, jak ogniska ziarninowe przywierzchołkowe, mogą być źródłem zakażenia całego organizmu. Ponieważ, jak widać z powyższego, wiele czynników, wywołujących w przyszłości zakażenie, może istnieć w wieku szkolnym. można stąd pewne wnioski co do zadań lekarzy szkolnych wyciągnąć. Wobec tego. że obecny stan wiedzy dentystycznej w przypadkach plombowania zębów z miazgą obumarłą. nie zawsze może zabezpieczyć organizm od powstawania ziarniniaków przywierzchołkowych, trzeba dążyć do tego, aby jaknajwięcej ubytków plombować zawczasu. to jest wtedy, gdy jeszcze one miazgi nie zdołały zainfekować. Więc i teraz tak samo, jak za czasów Talmy, częste badanie jamy ustnej u dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym uznać należy za zupełnie uzasadnione. Oczywiście samo tylko oglądanie sprawy nie załatwi: dojrzane ubytki trzeba niezwłocznie plombować. W różnych

państwach sprawie tej dużo poświęcono uwagi. W Japonji np. klinika dentystyczna jest nieodłączną częścią każdego zakładu naukowego. Plombowanie jednak wszystkich ubytków próchnicowych na miejscu w szkole wymaga licznego personelu i odpowiednich urządzeń. W Ameryce, Anglji, Niemczech i inn. państwach kosztem państwa lub gminy plombuje się zęby jedynie dzieci niezamożnych, co ogółem mniej więcej wynosi prawie połowę; pozostałe dzieci doprowadzają jamą ustną na koszt rodziców w gabinetach prywatnych. Oględzinom jednak podlegają bez wyjątku wszyscy. Zmniejszenie pracy dentystów szkolnych, przez przeniesienie części uczniów do gabinetów prywatnych, pozwala na częstsze oględziny, co tam jest uważane za sprawę nader potrzebną. Ze sprawozdań, ogłoszonych przez Tholucka, a dotyczących szkół we Frankfurcie n. M. wynika, że w r. 1925-6 w 109 szkołach państwowych na przejrzanych 46706 dzieci w klinice plombowało zęby 14550, a prywatnie 14833. W roku 1926-7 w tych samych 109 szkołach na ogólną liczbę przejrzanych 47277, w klinice plombowało zęby 10360, a prywatnie — 11436 *). Jak widzimy w stosunku do roku poprzedniego liczba dzieci, korzystających z kliniki szkolnej, nieco się zmniejszyła. Nie jest to rzecz przypadkowa: tam się uznaje, że lekarz-dentysta szkolny ma jeszcze poza plombowaniem wiele ważnych czynności, na co mu trzeba zostawić jak najwięcej czasu. Chodzi bowiem o propagandę nowoczesnych poglądów hygjeny jamy ustnej, wśród dzieci, nauczycielstwa i rodziców. Obok tej propagandy w walce z próchnicą stosuje się tam, poza plombowaniem ubytków, rozmaite środki. Kantorowicz np. wielce chwali zasadę profilaktycznego plombowania brózd: przed wojną, gdy tej metody nie stosowano, częstość ekstrakcyj u młodzieży szkolnej nadreńskiego miasta Bonn była bardzo znaczna: 1 na 7—15 przypadków, obecnie po stosowaniu w ciągu lat kilku profilaktycznego plombowania brózd, zmniejszyła się ona wybitnie: 1 na 350. Z tego też powodu leczenie i zaopatrywanie korzeni, które przedtem przy tak wysokim odsetku ekstrakcyj wahało się od 5 do 10%, spadło do 1,7%, co należy uważać za wynik niezmiernie pomyślny. Nie wszyscy się jednak tą radykalną metodę zachwycają: np. Tholuck wspomina o niej zaledwie i dodaje, że w Niemczech nie zasługuje ona nawet na omawianie. W szerszem użyciu stosuje się ją w Ameryce. Szlifowanie i wygładzanie brózd zarówno, jak i ich lapisowanie, nie daje żadnych rezultatów w sensie zapobiegania próchnicy. Tholuck doradza sre-

*) Die Fortschr. d. Zahnh. T. IV Z. 12 str. 1127 i 1131.

brzenie brózd pod ciśnieniem. Sporządziwszy woskowy lub stensowy wycisk powierzchni żującej danego zęba, zwilżamy bróździ amonjakalnym roztworem azotanu srebra, który otrzymanym uprzednio wyciskiem wtłaczamy do dna szpar zębowych. Po chwili zmywamy formaliną. Powstałe w ten sposób zwierciadło srebrne w ciągu paru conajmniej miesięcy zabezpiecza ząb od próchnicy.

Do badania szpar należy używać zgłębników bardzo cienkich, gdyż grubsze łatwo się opierają o ściany wąskich bróżd i nie wykrywają istnienia próchnicy w okresach początkowych.

Wszyscy się zgadzają na to, że jedynym odpowiednim materjałem do plombowania zębów u dzieci i młodzieży szkolnej jest wyłącznie amalgamat, oczywiście nie miedziany. Wszyscy również ostrzegają przed przedwczesnem usuwaniem zębów mlecznych. Kły należy zatrzymywać do roku 10, mleczne trzonowce (piąte) — dopóki nie wyrzną się pierwsze trzonowce stałe, w przeciwnym bowiem razie wyrastają one zanadto ku przodowi, w następstwie czego brak potem miejsca na dwuguzkowe.

Ustawienie zębów nie jest sprawą obojętną w walce z próchnicą. Zęby nienormalnie skupione, wytrącone z szeregu, tworzą różne uchyłki, gdzie się zbierają resztki pokarmowe i skąd je zwykle bardzo trudno usuwać. Należy więc z jednej strony unikać wszystkiego, co może wadliwości zgryzu wywoływać, z drugiej zaś — skoro się takie wadliwości spotyka — regulować je w odpowiednim czasie. Ten czas odpowiedni wypada właśnie w wieku szkolnym. Trudno żądać, by każdy szkolny dentysta był jednocześnie i ortodontystą. Nawet, gdyby i miał po temu odpowiednią i wiedzę i wprawę, to jednak brak mu będzie na przeprowadzenie kuracji czasu. Jednego tylko odeń żądać należy, aby w odpowiednim czasie niedokładności zgryzu zauważył i, uświadomiwszy rodziców ucznia, do odpowiedniego specjalisty odesłał. W większych miastach powinny istnieć specjalne zakłady ortodontyczne dla młodzieży szkolnej, nie obliczone na zysk, dostępne dla każdego. Należy pamiętać, że niektóre wadliwości zgryzu wywierają wpływ ujemny na organy sąsiednie. Np. wąskie, wysokie t. zw. gotyckie podniebienie zwęża jamę nosową, co znów wywołuje bujanie narośli adenoidalnych. Znaną jest rzeczą, że dzieci o wysokiem i wąskiem podniebieniu, stale podlegają co pewien czas operacjom wycięcia tych narośli, co jednak odrazu ustaje po rozszerzeniu podniebienia i powiększeniu jamy nosowej. Znany jest dodatni wpływ rozszerzenia szczęki górnej na uzdolnienia uczni. Nie tylko więc tu chodzi o wygląd zewnętrzny, jak to, niestety, wielu ludzi przypuszcza. Badanie przyczyn, wywołujących wadliwości rozwoju

szczęk i ustawienia zębów, wykazuje, że znaczna część tych przyczyn może być usunięta, o ile się o tem wie. Np. jedną z przyczyn wydatności szczęki górnej jest nawykowe ssanie palca u dzieci. Poza tem sypianie z nienaturalnie ułożoną głową (zbytnio zadartą lub schyloną) lub podłożoną pod szczękę ręką, podpieranie stałe brody ręką podczas nauki i t. p. Należy to rodzicom wyjaśniać. Wogóle lekarz szkolny musi być w stałym kontakcie z rodzicami, opiekunami uczniów i z nauczycielstwem. Wszyscy oni muszą być dobrze obznajmieni z zasadami hygjeny zębowej, by dziecko nie otrzymywało na swe pytania sprzecznych wyjaśnień, co je dezorjentować musi. Np. w szkole kazano mu myć zęby po śniadaniu i na noc, w domu się zeń śmieją, że idzie do śniadania z zębami niemytemi. Dziecko w domu zostało przyuczone (bo i takie przypadki bywają) do mycia zębów po każdem jedzeniu, poszedłszy do szkoły z musu odzwyczaja się od tego, bo po śniadaniu drugiem myć zębów nie może, bo nie ma gdzie. Otóż i na to przy dobrych chęciach znalcźćby się mogła rada. Znałem szkołę w Warszawie (Szkoła Ziemi Mazowieckiej), gdzie przed dwudziestu paru laty było odpowiednie urządzenie do mycia zębów po śniadaniu. Każdy uczeń miał własny kubek do wody i szczotkę do zębów, istniały korytkowe zlewy i krany wodociągowe. Niewielkim nawet kosztem możnaby było mieć i wodę ciepłą. W szkołach norweskich istnieją takie urządzenia; dzieci obowiązane są po śniadaniu zęby czyścić. Za przykładem Norwegji poszła już miejscowość kuracyjna w Schwarzwaldzie, Badenweiler, gdzie w przedszkolach urządzono pomieszczenia do płókania ust. W ostatnich czasach w szkołach w Lipsku zainstalowano w pokoju, przeznaczonym do mycia zębów po śniadaniu, pomysłową nowość w postaci bijącej ukośnie fontanny letniej wody; siłę i kierunek można regulować. Dziecko łapie wodę w usta. Zastępuje to używanie kubków, wymagających opieki (by nie były zamienione) i zajmujących dużo miejsca.

Jak ważną jest umiejętność czyszczenia zębów, można wnioskować stąd, że w wielu państwach poświęca się jej specjalne wykłady. W Anglji podług Newmana (Oral Topics — 1927). we wszystkich szkołach elementarnych i średnich hygjena jamy ustnej objęta jest planem wykładów. W Ameryce poza wykładami hygjeny zębów w każdej klasie rozdaje się specjalne nagrody za należyte utrzymanie jamy ustnej uczniom i uczenicom, którzy w tym celu bywają po śniadaniu niespodzianie oglądani. Podobne nagrody za czystość jamy ustnej wydawane są w Bonn, we Frankfurcie n/M. w Oslo i inn. Dla szerzenia wiadomości o tem, jak należy zęby utrzymywać i dla czego, w Anglji i Ameryce urządzane są przedstawienia kinematograficzne. Do tego celu służą na-

wet kina samochodowe, rzucające obrazy na ekran płócienny, widzialny zdaleka. Obrazy mają formę humorystyczną i przeznaczone są dla najszerszej publiczności, przedstawienia cieszą się wszędzie niezwykłą frekwencją i co najważniejsza skutek odnoszą.

W Hannowerze po wioskach wyświetlane bywają filmy propagandowe, dotyczące czyszczenia zębów, przyczem udziela się odpowiednich wyjaśnień.

A co w Polsce w tym kierunku się robi?

Niewątpliwie dokonano pod tym względem sporo, zwłaszcza od czasu powstania w niepodległej Polsce centralnych władz oświatowych polskich, szczególnie w dziale zębolecznictwa. Dość wspomnieć, że gdy jeszcze w roku 1918 ani jedna szkoła średnia na całym terenie Rzeczypospolitej nie posiadała gabinetu dentystycznego szkolnego, — po latach 10-ciu, według sprawozdań oficjalnych, w 40°/₀ gimnazjów państwowych i 70°/₀ seminarjów nauczycielskich państwowych, a za ich przykładem i w 97 szkołach średnich prywatnych, — wprowadzano pomoc dentystyczną, przytem w 175 punktach szkolnych zorganizowano na miejscu w szkole gabinet dentystyczny. Pozatem w całym szeregu miast została zorganizowana pomoc dentystyczna dla dziatwy szkół powszechnych, a mianowicie: w Warszawie, Łodzi, Wilnie, Krakowie, Lwowie, Włocławku, Radomiu, Kaliszu, Płocku, Lublinie, Skierniewicach, Będzinie.

Rok rocznie setki tysięcy młodzieży szkolnej podlega badaniu lekarsko-dentystycznemu, dziesiątki tysięcy plomb się zakłada (np. w 1929 r. około 65.000 plomb), leczy się zapalenie lub zgorzel miazgi zębowej, usuwa się kamień, pnie i t. p.

W instrukcjach zaznaczono, że „przy kwalifikowaniu młodzieży szkolnej do plombowania w szkole należy uwzględniać przedewszystkiem młodzież niezamożną", pewna też część młodzieży szkolnej korzysta z pomocy Kas Chorych, pomocy dla urzędników państwowych, lub z pomocy lekarzy prywatnych.

A co się robi dla sprawy propagandy hygjeny jamy ustnej? Otóż nie wszystko, co należy, jednak dość dużo, a mianowicie:

1. Każdy, zbadany przez lekarza-dentystę szkolnego, uczeń (a oględzinom dentystycznym corocznym podlegają wszyscy, pozostający pod opieką lekarza-dentysty) otrzymuje kartę do opieki domowej z wynikami badania dentystycznego. Na odwrotnej stronie tej karty podanych jest 10 najważniejszych „uwag i rad w sprawie pielęgnowania jamy ustnej i zębów. Uwagi te i rady brzmią jak następuje:

1) Zdrowe uzębienie jest niezbędne dla normalnego trawienia i podtrzymywania sił całego ustroju. Dobrze rozdrobnione i zmiażdżone pokarmy daleko łatwiej ulegają strawieniu. Należy więc żuć starannie, obustronnie.

2) Zęby mleczne mają dla dziecka większą wartość, niż dla dorosłego zęby stałe.

3) Zdrowe zęby mleczne są zadatkiem zdrowego uzębienia stałego.

4) Od najwcześniejszych lat dzieciństwa należy wszystkie zęby codziennie zwłaszcza po obiedzie i przed spaniem, czyścić odpowiednią szczoteczką i proszkiem, najlepiej — kredowym. Czyścić należy zęby przedewszystkiem w kierunku pionowym, t. j. z góryn a dół i z dołu do góry. Nie zaniedbywać czyszczenia również od wewnątrz.

5) Od 3-go roku życia dziecka jego uzębienie co najmniej 2 razy w roku winien kontrolować lekarz.

6) Jeśli próchnica zębowa już wystąpiła, zęby należy leczyć i wypełniać plombą, zanim ból do tego zmusi.

7) Jamę ustną, stanowiącą wrota zakażenia całego organizmu, należy stale utrzymywać w należytym porządku, zdrowa bowiem jama ustna stanowi poważną ochronę przeciw chorobom zakaźnym, a zwłaszcza przeciw gruźlicy.

8) Aby jama ustna była w porządku, należy usunąć wszystkie korzenie, nie dające się wypełnić, a zęby z kamienia zębowego oczyścić. Kamień bowiem zębowy czyli osad zębowy wraz z resztkami pokarmów, rozkładając się, atakuje zęby, sprowadza stan zapalny, owrzodzenie dziąseł, oraz powoduje nieprzyjemną woń z ust.

9) Zepsute zęby powinny być zawczasu wypełnione, albowiem sztuczne zęby nigdy już własnych całkowicie nie zastąpią.

10) Gryzienie i żucie twardych pokarmów, spożywanie czarnego chleba stanowi dobry środek do oczyszczenia mechanicznego zębów.

Bądź co bądź te dziesiątki, a w ciągu szeregu lat setki tysięcy kartek-ulotek, rozchodzących się za pośrednictwem badanego ucznia do jego rodziny i otoczenia, dużo zrobić mogą dla propagandy hygjeny jamy ustnej i zębów.

W programie hygjeny dla 5-go oddziału szkoły powszechnej (a szkół powszechnych mamy w Polsce 26.000 z 3 i pół miljonami dziatwy szkolnej) oraz dla 1-szej klasy gimnazjalnej, poleca Ministerstwo jedną z pogadanek hygjenicznych przeznaczyć na pogadankę o czystośi jamy ustnej.

Ponieważ chodzi tu o cel praktyczny, przeto pogadanka z małemi dziećmi prowadzona jest w tym właśne duchu. Podajemy poniżej przykład rozwinięcia pogadanki według programu ministerjalnego (pogadankę prowadzi lekarz szkolny tam, gdzie jest czynny, lub nauczyciel):

„Wszystkie dzieci pokazują zęby: lekarz (nauczyciel) ogląda, zawstydza uczniów, którzy mają zęby źle umyte. Opowiada o tem, jak przykro jest mieć ból zęba: bezsenność, rozdrażnienie, ani zabawy, ani nauki spokojnej. A zepsute zęby wciąż bolą. W szparach zęba gniją pozostałe resztki jedzenia, dalej gnije i ząb. Przykry zapach z ust i ból. Brzydki wygląd zepsutych zębów lub szczerbatych

szczęk. Zła wymowa przy braku niektórych zębów — trudność przy gryzieniu. Czy zęby należy leczyć dopiero, gdy zaczną boleć? Konieczność rewizji zębów przez dentystę. — Jak często trzeba płókać usta? — (Wypłokiwać zawsze resztki jedzenia). — Czem płókać — Jak często i jak czyścić należy? — Jeden z uczniów demonstruje racjonalne czyszczenie zębów)".

3. W programie hygjeny dla uczniów 7-go oddziału szkoły powszechnej oraz 3-ciej klasy gimnazjalnej, jako rozdział 5-ty podana jest hygjena zębów i jamy ustnej. Wykłady te w gimnazjach zwykle prowadzi lekarz szkolny, a w szkołach powszechnych albo lekarz, albo nauczyciel przyrody. Program ten brzmi, jak następuje:

„Ważniejsze wiadomości dotyczące budowy zębów. — Dlaczego i w jaki sposób należy czyścić zęby? — Kiedy należy poddawać zęby oględzinom lekarza-dentysty, — czy wtedy dopiero, kiedy zęby bolą? — Dlaczego posiadanie spróchniałych zębów w jamie ustnej jest dla zdrowia szkodliwe? — Ważność płókania jamy ustnej i gardła".

Stosownie do uwag metodycznych, podanych przy programie, w szkołach winien znajdować się model szczęki, zęba zdrowego i chorego. W razie braku modelu przynajmniej barwne rysunki.

4. W programie hygjeny dla klasy VII-ej, programie opartym na wiadomościach, jakie uczeń zdobył już z anatomji, fizjologji, fizyki i chemji, również w dziale „Hygjena odżywiania" poświęcony jest dział hygjenie zębów jamy ustnej. Poziom wykładu oczywiście jest już dość wysoki.

5. Hygjena zębów i jamy ustnej wchodzi w zakres programu hygjeny dla wszystkich szkół zawodowych wszelkich typów.

6. Wreszcie wspomnieć należy, że w licznych szkolnych kołach Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża na hygjenę zębów i jamy ustnej dziatwa i młodzież szkolna baczną zwraca uwagę, i że regularne wykonywanie tych zabiegów otrzymuje dodatnie punkty, uprawniające młodzież do otrzymywania pewnych odznaczeń.

Przytoczone powyżej formy propagandy hygjeny zębów i jamy ustnej — aczkolwiek niewątpliwie posiadają bardzo doniosłe znaczenie, bo, opierając się na dziatwei młodzeży szkolnej, zakładają pracę u podstaw, to jednak nie wyczerpują wszystkich dróg i środków, zwłaszcza, gdy chodzi o propagandę wśród osób nie związanych bezpośrednio ze szkołą. Dość wspomnieć, że w cyklu odczytów, poświęconych hygjenie dziecka, urządzonych w końcu r. 1929 przez Warszawskie Towarzystwo Hygjeniczne, zapomniano zupełnie o hygjenie jamy ustnej, jakgdyby ona ne istniała wcale lub też jej zasady były szeroko znane. Tymczasem tak nie jest. Spotyka się dzieci, którym pomimo możności rodzice zębów mlecznych nie płom-

bują, bo nie wiedzą, że plombować zęby potrzeba. I to nie jest wyjątkiem: takich dzieci spotyka się bardzo dużo. Uświadomienie w sprawie czyszczenia też wiele pozostawia do życzenia. Mało dzieci czyści zęby na noc, jeszcze mniej po obiedzie, a już do najrzadszych wyjątków należą takie dzieci, które czyszczą zęby po każdem jedzeniu. Ci, co już bardzo dbają o swe uzębienie i po śniadaniu szkolnem oczyszczają zęby wykałaczką, noszą te wykałaczki zwykle w kieszeni od kamizelki: oczywiście wykałaczki są brudne i łatwo przy skaleczeniu dziąsła mogą wywołać zakażenie miejscowe. Takim uczniom należy tylko poddać myśl, że wszak taką wykałaczkę można nosić w metalowym futeraliku od ołówka, a to ją od zabrudzenia zabezpieczy, a z pewnością rady posłuchają. Często zamożniejsi, chcąc uchronić swe uzębienie od próchnicy, używają do czyszczenia różnych kosztownych zagranicznych past i eliksirów: tych należy objaśnić, że niema takiego antyseptyku, któryby mógł jamę ustną wyjałowić, że więc przy czyszczeniu chodzi nie o to, by drobnoustroje niszczyć, lecz o to jedynie, by usuwać wszelkie pozostałości jedzenia, które tworzą doskonałą dla nich pożywkę. Trzeba jednak pamiętać o tem, że wtedy tylko organizm należytą korzyść odniesie, jeśli czyszczenie to pod żadnym względem szkodliwe nie będzie. Skład zaś wszystkich past, mydeł i różnych szumnie reklamowanych proszków otoczony jest głęboką tajemnicą. Jedno wiemy z pewnością: że niektóre z nich zawierają składniki zdecydowanie szkodliwe *), szczególniej te, co to niby mają rozpuszczać kamień nazębny i wybielać zęby. Jedynym nieszkodliwym składnikiem może być chemicznie czysta kreda. Ideałem jednak jest taki składnik, któryby był w wodzie zwykłych warunkach łatwo r o z p u s z c z a l n y; chodzi bowiem o to, że nierozpuszczalne cząsteczki mogą zatrzymywać się na pograniczu dziąsła i w charakterze jądra ułatwiać i przyśpieszać osadzanie się kamienia nazębnego, co w dalszym ciągu prowadzi do powstawania paradentoz. Obecnie więc panuje pogląd, że najlepiej żadnych proszków ani past nie używać, a szczotkę przed czyszczeniem maczać jeno w słonej wodzie.

Dla ułatwienia usuwania resztek pokarmowych należy zwrócić uwagę młodzieży na to, że grzęzną one przeważnie w szparach międzyzębowych oraz w szparach szkliwa na żującej powierzchni. Należy dzieciom i ich opiekunom wytłumaczyć, że pożywienie twarde, które zmusza zęby do pracy żucia, jest o wiele dla zębów zdrowsze od mięk-

*) W. Herrenknecht u. C. Scheidt: Mundhygiene. D. Fortsch. d. Zahnh. Tom V, zeszyt 8.

kiego: należy więc jadać chleb czerstwy, bułki suchawe, a unikać klusek, legumin, ciastek i t. p. Chleb czerstwy, szczególniej grubo mlety razowy, spożyty po jedzeniu, doskonale czyści zęby: do pewnego stopnia jest on w stanie nawet szczotkę zastąpić. Wśród młodzieży, a głównie wśród dziewcząt, dbających przesadnie o zęby przednie, często ze szkodą trzonowców, spotyka się coraz częściej zgubny zwyczaj czyszczenia szpar międzyzębowych nitką. Otóż napięta nitka, wpadając po przejściu punktu stycznego na dno szpary, rani brodawkę zębową, co już w bardzo krótkim czasie wytwarza stan zapalny, a z czasem i zanik brodawki, a to jak wiemy, jest przedwstępnym okresem zapalenia głębszych tkanek przyzębnych. Najlepszym, bezwzględnie nieszkodliwym sposobem oczyszczania szpar międzyzębnych oraz przestrzeni podmostowych, jest przestrzykiwanie ich cienkim, a silnym strumieniem wody. Są nawet do tego specjalne przyrządy, jak flaszka Hirscha, opatrzona syfonem i gumowym balonikiem (coś w rodzaju rozpryskiwaczy do wody kolońskiej) oraz bardziej skomplikowane aparaty „Atomiseurs" i „Dental-Optimax", z których płyn wytryska pod ciśnieniem stężonego kwasu węglowego.

Ostatnio zjawił się bardzo dowcipnie obmyślany przyrząd, w którym źródłem, dostarczającym kwas węglowy, jest zwykły syfon z wodą sodową. Składa się on z metalowego, szczelnie zamykanego cylindra, do którego dochodzą 2 rurki: jedna z końcówką zagiętą, przeznaczona do wytrysku płynu, druga zaś do połączenia z syfonem. Do cylindra metalowego nalewa się wody, zwykle ogrzanej i, w razie potrzeby, dodaje przepisanego lekarstwa, jeśli chodzi o działanie nietylko czyszczące, ale i o lecznicze. Po zamknięciu — rozpryskiwacz gotów jest do użytku. Wytrysk wody następuje po naciśnięciu dźwigni syfonu. Zalety kwasowęglowych rozpryskiwaczy są wielkie: wydzielający się wgłębi szpar z wody gaz, porusza i wyrzuca nawierzch wszystkie pozostałości pokarmowe i w ten sposób doskonale i szybko jamę ustną oczyszcza. Cienki i silny strumień wody alkalicznej, przesyconej kwasem węglowym, w rozpryskiwaczu syfonowym spełnia doskonale tę samą czynność, co i kosztowne aparaty zagraniczne.

Jak z jednej strony ważnem jest dla uzębienia umiejętne oczyszczanie, tak z drugiej — trzeba umieć w sposób należyty uzębieniem się posiłkować. Najlepszy bowiem przyrząd, najdokładniejszy instrument z pewnością ulegnie zepsuciu, jeśli będziemy go w sposób niewłaściwy używać. Należy więc uczniom wyjaśniać, że trzonowce służą do rozdrabiania pokarmów: żaden wysiłek tu szkodliwym nie będzie. Owszem — żucie pokarmów twardych wywołuje powiększenie dopływu krwi do

zębów i wpływa na rozwój i odżywianie się zębów dodatnio. Pozatem żucie pokarmów twardych sprzyja ścieraniu się guzków i wygładzaniu brózd, a jak wiemy, brózdy zawsze dają początek ubytkom próchnicowym. Otóż przyzwyczajenie organizmu od wczesnej młodości do dokładnego przeżuwania pokarmów twardych wywoła z biegiem czasu wygładzenie powierzchni żującej zębów i pośrednio zabezpieczy je od próchnicy. Inaczej rzecz ma się z zębami przedniemi. Przy zwieraniu szczęk w przypadkach zgryzu normalnego ucisk, wywierany przez zęby dolne, natrafia na pochyłe płaszczyzny zębów górnych i wypycha je ku przodowi. Przy odgryzaniu zawsze o tem pamiętać potrzeba. Dalej też przednie zęby, dzięki swej dłutokształtnej budowie, wbijają się w kęs odgryzany i, jeśli ten kęs jest dostatecznie gruby, mogą się w nim pogrążyć całkowicie, przyczem przylegające do zęba dziąsło może ulegać odsuwaniu. Najniebezpieczniejsze pod tym względem są jabłka. Twardy ich miąższ przy wciskaniu zębów zwykle tak gwałtownie dziąsła oddziera, że one nawet krwawią. Skargi na zabarwianie krwią odgryzanych z całości jabłek słyszy się bardzo często. Jabłka przed odgryzaniem należy krajać na kawałki, których grubość nie przewyższałaby wysokości zębów siecznych: takie kawałki nie będą dziąsła oddzierały. Tego rodzaju wiadomości należy dzieciom powtarzać często, zarówno w formie odczytów, wykładów, pogadanek, jak i rad, ad personam udzielanych przy sposobności oględzin. W Anglji, Stanach Zjednoczonych i gdzieniegdzie w Niemczech takie wykłady wchodzą w plan zwykłych zajęć szkolnych wszystkich klas szkół średnich i ludowych. Pozatem specjalne odczyty na tematy powyższe są wygłaszane dla rodziców i opiekunów dzieci oraz nauczycieli i wychowawców. Ma to znaczenie dwojakie. Przedewszystkiem całe otoczenie dziecka zostaje należycie powiadomione o ważności uzębienia i wpływie jego chorób na zdrowie całego organizmu, a pozatem ci, co stale z dziećmi się stykają, zrozumieją może nareszcie, że i oni, ze względu na zdrowie powierzonych swej opiece dzieci, muszą dbać o dobry stan swego uzębienia, gdyż sami, nawet będąc w kwitnącem zdrowiu, mogą szerzyć dokoła zarazę sposobem t. zw. zakażenia kropelkowego. Przy mowie wraz z powietrzem wylatują z jamy ustnej niezliczone ilości drobniutkich kropelek śliny, zawierających liczne kolonje drobnoustrojów. Oczywiście, że w niechlujnie utrzymywanych ustach, bakteryj tych będzie o wiele więcej, niż u osób z uzębieniem całem i dokładnie po jedzeniu oczyszczanem: najbardziej bowiem bakterje się rozwijają w jamach próchnicowych oraz w osadach pokarmowych, grzęznących w szparach, pod aparatami zębów sztucznych i t. d. Mojem zdaniem, nauczyciele tak sa-

mo, jak i dzieci, powinni podlegać okresowym oględzinom i od nich powinno się żądać utrzymywania jamy ustnej w należytym porządku. Rozpylane bowiem kropelki śliny przez czas dłuższy unoszą się w powietrzu i przy oddechu wchodzą do organizmów, w danem pomieszczeniu przebywających. Jeśli trafią na organizm odporny — wiele mu nie zaszkodzą, ale trzeba pamiętać o tem, że są organizmy i nieodporne: brak odporności może być zarówno stały, jak i chwilowy, a w obu przypadkach łatwo może nastąpić zachorzenie organizmu.

Ta sama możność szerzenia zakażeń kropelkowych dotyczy i dzieci, które w szkole dość dużo mówią na lekcjach, a często nawet krzyczą na pauzach. A jak wiemy, przy krzyku o wiele więcej się rozprasza zakażonej drobnoustrojami śliny, niż przy zwykłej mowie. Ten fakt zasługuje na głębszą uwagę i z tej racji, że u dzieci specjalnie często w jamach próchnicowych zębów spotyka się laseczniki gruźlicze. Tą drogą one z wielką łatwością z osobników odpornych mogą przechodzić na dzieci, do gruźlicy skłonne. W interesie więc nawet nietylko danych osobników, ale i całego ich otoczenia należy ubytki próchnicowe, zarówno u dzieci, jak i u mających z niemi styczność ludzi dorosłych, bezwzględnie plombować.

To wszystko jednak nie wyczerpuje zadań lekarzy szkolnych. Zarówno stan ogólny całego organizmu, jak i sposób jego odżywiania na uzębienie wywierają wpływ bardzo wyraźny. Już dawno zostało stwierdzone oddziaływanie na rozwój zębów wydzielin gruczołów dokrewnych. Szczególniej hormony tarczycy i gruczołów przytarczycowych, regulujące przemianę soli wapniowych, odgrywają rolę wybitną. Niedość więc jest dostarczać młodocianym organizmom odpowiednie ilościowo i jakościowo dawki soli mineralnych w pokarmach lub lekarstwach, gdyż w przypadkach niedomogi wydzielniczej wspomnianych gruczołów sole te nie zostaną przyswojone; należy wtedy stosować preparaty organoterapeutyczne, co w większości przypadków pożądane daje wyniki. Poza hormonami na gospodarkę mineralną w organizmach ludzkich kolosalny wpływ wywierają witaminy. Szczególniej witamina D, która ułatwia wchłanianie wapnia i fosforu. Witamina D powstaje z chole- i ergosteryny pod wpływem działania promieniowania pozafjołkowego. Fizjologicznie wytwarza się ona w skórze z cholesteryny, czem się objaśnia doskonałe ukostnienie i uzębienie mieszkańców ziem tropikalnych, o silnem usłonecznieniu, stale działającem na olbrzymią część powierzchni ich skóry. Poza organizmem, źródłem witaminy D są tłuszcze zwierzęce, mleko, żółtka jaj, mięso, a głównie tran. Ilość witaminy w tranie można wybitnie powiększyć przez naświetlenie go

bezpośrednio przed użyciem. Pamiętać jeno trzeba, że promienie pozafjołkowe nie przechodzą przez szkło; nie można więc uważać, że tran jest naświetlony, jeśli stoi on we flaszce szklanej na oknie. Chcąc go poddać istotnie działaniu tych promieni, trzeba naświetlać go bezpośrednio, np. wystawiając na działanie światła słonecznego, rozlawszy cienką warstwą na spodku lub talerzyku; stać oczywiście musi nie w pokoju, a na balkonie lub za oknem, tak by światło, nań padające, nie przedostawało się przez szklane szyby. Czas naświetlania zależy w zupełności od siły światła. W pochmurne dnie należy naświetlać do 20 minut, bezpośrednio zaś na słońcu — wystarczy parę minut. Obok witaminy D pochodzenia zwierzęcego, na prawidłowy rozwój uzębienia wpływ bardzo znaczny wywiera witamina C, którą zawierają świeże owoce, pomidory, ogórki. Doświadczenia na zwierzętach i obserwacje u ludzi stwierdzają niezbicie zależność wadliwości budowy zębiny i szkliwa od głodu witaminowego, trapiącego organizm młodociany lub macierzysty w okresie rozwoju tkanek twardych odpowiednich zębów. Głód witaminowy pozatem, wywołując schorzenia rachityczne, wpływa na wadliwe ukształtowanie szczęk, co zazwyczaj pociąga za sobą zboczenia w ustawieniu zębów, utrudniające usuwanie resztek pokarmowych, a więc sprzyjające rozwojowi próchnicy. Pragnąc przeto w walce z próchnicą przyczynić się do wzmacniania u dzieci i przyszłych pokoleń uzębienia, musimy dążyć do zaopatrywania w odpowiednią ilość potrzebnych witamin organizmy ciężarne i karmiące, a wreszcie dziecinne i młodzieńcze do chwili ostatecznego ukształtowania się zębów. To też w wielu miejscach stosuje się stale specjalne dożywianie młodzieży szkolnej w postaci podawania śniadań. W Oslo np. dzieci na śniadanie otrzymują ćwierć litra mleka surowego, 2 sucharki z chleba razowego z masłem lub margaryną i serem owczym, a ponadto tartą marchew surową. Część dzieci, stosownie do wskazań lekarza szkolnego, pobiera tran.

W obecnym czasie, kiedy w całej medycynie rozbrzmiewa hasło zapobiegania chorobom wszędzie, gdzie tylko zapobiec można, wobec postrachu zakażenia ogniskowego ustnego, którego istnienie nie ulega już żadnej wątpliwości, zadania lekarzy i dentystów szkolnych nie mogą się ograniczać do zatruwania i plombowania zębów bolących, co właśnie może sprzyjać powstawaniu przywierzchołkowych ognisk zakażenia, ale powinni oni przez szerzenie nowoczesnych zasad hygjeny i profilaktyki utrudniać rozwój próchnicy; skoro się jednak ona pojawi w żadnym

przypadku nie dopuszczać do zakażenia miazgi, wymagając od rodziców ucznia natychmiastowego plombowania, a w razie odmowy z ich strony, wykonywując ten zabieg w szkole pod przymusem. Oględziny powinny być częste: dwa razy do roku, bo tylko w ten sposób można każdy ubytek próchnicowy zaplombować przed zakażeniem miazgi zębowej. Pozatem całą energję należy zwrócić w kierunku uświadamiania zarówno dzieci, jak i całego ich otoczenia, co do wartości uzębienia i niebezpieczeństw, grożących z jego strony w przypadkach zaniedbania.

PIŚMIENNICTWO

1. Prof. *W. Herrenknecht* u. dr. *C. Scheidt*. Mundhygiene. Fortschritte der Zahnheilkunde. Tom I—V. 1925—1929.
2. Dr.*H. Tholuck*. „Schulzahnpflege". D. Fort. d. Zahnh. Tom. I—V. 1925—1929
3. *P. Thomas*. „Problems in pediodontia". The Dental Summery. 1925—V.
4. *Kantorowicz*. „De systematische Mondbehandeling der Scholjengd. Tandheelkunde. 1915-7 (via Literaturchiv Misch'a — T. II).
5. *H. Gutrie*. „The child's mouth". The Journal of the Amer. Dent. Ass. 1925—7.
6. *S. Bertram*. „The problem of orthodontic treatement for children in the elementary schools". The Britisch Dental Journ. 1925—14.
7. *W. McBride*. „Care of children's teeth. The Dent. Digest. 1925—9.
8. *H. Tiplady*. „The dental treatment of school children". The Brit. Dent. Journ. 1926—1.
9. *C. Smith*. „School dental hygiene". Oral Topics 1926.
10. *Hoffmann*. Ziele und Wege der Schulzahnpflege. Reichs-Gesundheitsblatt 1926—51 (Via Literaturarchiv Misch'a Tom III).
11. *Brill*. Dentystyczna opieka szkolna. Polska Dentystyka. 1926—4, 6.
12. *J. Nugent*. „The dental problem in our schools". Oral Hygiene 1926—9.
13. *E. Jansen*. „Schooltandverzorging te s'Gravenhagea". Tijdschrift voor tandheelkunde 1926—12 (Via Literaturarchiv Misch'a Tom III.
14. *Y. Mukay*. „School dentistry in Tokio". The Dent. Magazine 1927—4.
15. *G. Newmann*. „The health of the school child". Oral Topics. 1927.
16. *L. Brennejsen*. „Zakażenie ustne i sposoby zapobiegania". Przegląd Dent. 1928-8.
17. *O. Walkhoff*. „Die Vitamine in ihrer Bedeutung für die Entwicklung, Struktur und Widerstandsfähigkeit der Zähne gegen Erkrankungen. 1929.
18. *J. Modrakowski*. „Wpływ djety na rozwój zębów". „Przegląd Dentystyczny" 1928—11.
19. *Decelle*. „Tuberculose et cavite buccale". La semaine dentaire 1925—15—32.
20. *Funk*. „Die Vitamine". 1924 München.
21. *St. Kopczyński*. Stan pomocy dentystycznej w szkołach Rzeczypospolitej Polskiej. Polska Dentystyka 1928—I.

LEK-DENT. JANINA GALASIŃSKA
St. asyst. Kliniki Protetycznej Państw. Inst. Dent. w Warszawie.

Przyczynek do powierzchni żującej korony czynnościowej.

616. 314. 089. 28×151.

Jest już dziś prawdą znaną, że uzębienie człowieka przedstawia całość, opartą na prawach równowagi i statyki. Wartość funkcyjna owej całości odpowiada ściśle sumie poszczególnych wartości, tworzących ją składników, a usunięcie lub naruszenie któregokolwiek z nich odbija się ujemnie na ogólnym wyniku. Znane są z codziennej praktyki, jako skutek usunięcia pojedyńczego zęba, przykłady przechylenia sąsiadów, wydłużenia zęba przeciwległego. Zmiany te są dążeniem natury do zemknięcia szpary, wypełnienia choć w ten sposób braku, będąc zarazem stwierdzeniem wzajemnej zależności funkcyj i równowagi poszczególnych zębów. Zmiany te w układzie, budowie łuku zębowego, prowadzą do zmienionej, upośledzonej funkcji: dla poprawy warunków funkcji natura umożliwia zmiany w układzie. Istnieje tu ścisły związek między budową a funkcją. Cel ruchu szczęki podczas aktu żucia jest różny dla poszczególnych zębów; stąd podział pracy między niemi, podział na grupy zależnie od budowy i czynności. Ruchowi, jaki wykonywa szczęka dla odkąszenia lub miażdżenia kęsa pokarmu, towarzyszy minimalny ruch zęba w zębodole. Badania Mühlereitera, Weskiego, Häupl-Lange, Schrödera, Wetzla stwierdziły, że ząb obdarzony jest ograniczonemi ruchami w zębodole. Wetzel szereguje te ruchy, jak następuje:

1. Wciśnięcie zęba do zębodołu na skutek działania siły w kierunku osi długiej zęba.

2. Przechylenie zęba w kierunku dośrodkowym (mesialnym) lub odśrodkowym (distalnym).

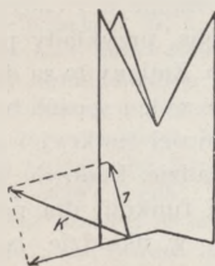
3. Przechylenie zęba w kierunku językowym lub policzkowym wzgl. wargowym.

Ruch pochylenia (3) jest wyrażony najsilniej.

Opierając się na szeregu dociekań Müllera, Weskiego, Häupl-Langego, Reichborna i innych, można powiedzieć, że kierunek siły działającej przy żuciu, jest skośny, pochyły. Zgodnie z zasadą równoległobo-

ku sił można siłę działającą rozłożyć na składowe: równoległą do osi długiej zęba i poziomą.

Häupl-Reichborn powiada, że najkorzystniejszą dla zęba jest siła, działająca w kierunku osi długiej zęba. Przy tym ruchu zostaje napięta jaknajwiększa ilość włókien ozębnej, co stwarza przeciwwagę dla ucisku wymienionego na koronę. Przychodzi tu do nieznacznego skrócenia zęba, wciśnięcia go do zębodołu. Na naczynia wywiera to wpływ bardzo nieznaczny. Im więcej zbacza kierunek siły od osi długiej zęba. tem mniej włókien zostaje napiętych, tem silniejszy jest ucisk na naczynia i na leżącą między włóknami tkankę wiotką. Zdaniem Häupl-Reichborna przychodzi tu do silniejszego poruszenia zęba, do naruszenia równowagi naczyniowej z możliwemi ujemnemi następstwami.





Rys. I. Rys. II.

według Müllera.

Wielkość składowych zależy od kąta, jaki tworzy kierunek siły działającej z osią zęba. W miarę powiększania tego kąta, powiększa się składowa pozioma, co, jak dowiódł Häupl, wpływa ujemnie na stan umocowania zęba. Badania M. Müllera stwierdziły, że istnieje związek między wielkością siły poziomej, a wypukłością guzków zęba — wypukłym, lub bardziej płaskim kształtem powierzchni żującej.

Z załączonych dwu rysunków widać, że siła działająca w obu przypadkach pod jednakowym kątem do osi długiej zęba, rozkłada się na poziomą, której wielkość zależna jest od wypukłości powierzchni żującej. Widać stąd, że ponieważ praca wykonana przez ząb, zależy nietylko od wielkości siły, lecz i od budowy powierzchni pracującej, od nachylenia guzków, przeto przy budowie powierzchni żującej korony należy kierować się przedewszystkiem wskaźnikami czynnościowemi— (funkcyjnemi).

Od tej idei krok już tylko do nazwy: korona czynnościowa.

Korony dawnego typu, zapewniające zetknięcie przedewszystkiem w okkluzji (zemknięciu), okazują się podczas ruchu szczęki, w funkcji niestosowne. Ich powierzchnie żujące, kształtowane bez uwzględnienia układu przeciwległych zębów w ruchu, albo nie dają dostatecznego zetknięcia powierzchni, albo zetknięcie to uskutecznia się zbyt forsownie. W pierwszym wypadku praca nie jest wyczerpana, w drugim wzmożona czynność doprowadza do szeregu spraw urazowych.

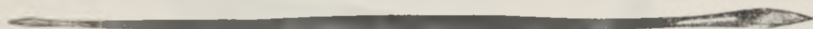
Prawidłowo ukształtowana powierzchnia korony czynnościowej wymaga dostosowania do powierzchni przeciwników nietylko w domknięciu (okkluzji), lecz i ruchu. Metoda wykonania jej może być bezpośrednia i pośrednia.

Metoda bezpośrednia — śródustna.

Praca niniejsza ma na celu omówienie sprawy wyłącznie powierzchni żującej — przeto dostosowanie korony na pobrzeżu dodziąsłowem, powierzchniach stycznych, policzkowych, językowych, zostają tu pominięte. Wysokość pierścienia powinna być dostosowana tak, aby nie przeszkadzał zębom przeciwległym ani w domknięciu, ani w ruchach. Na tak dostosowany pierścień, po uprzedniem osmarowaniu powierzchni żującej zęba tłuszczem, — nakładamy rozmiękczonego wosku do modelowania i polecamy pacjentowi wykonać szereg ruchów żucia: otwierania, zamykania i przesuwania żuchwy. Podczas tego zęby szczęki przeciwległej zmiażdżą miękką masę wosku. Według otrzymanych bruzd przy pomocy narzędzi do modelowania

Rys. III. Inley Carver.





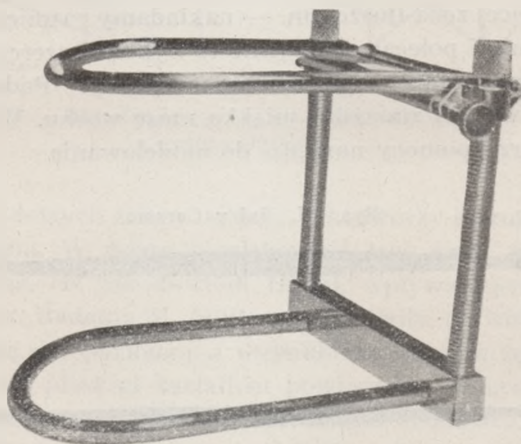
Rys. IV. Łopatka Rignera.

kształtujemy powierzchnię żującą. Po wymodelowaniu zgruba pacjent ponawia szereg ruchów, co umożliwia kontrolę nad funkcją, zależnie od ukształtowania powierzchni żującej. Poprawa uskuteczniona jest natychmiast przez dodanie lub ujęcie wosku. Przy pomocy tych samych narzędzi doprowadzamy modelowanie do końca, następnie wtapiamy w guzki sztyfty, służące później jako kanały do lania. Pożądane jest

umocowanie sztyftów w ustach pacjenta, gdyż w ten sposób unikamy zmiany w ukształtowaniu wosku od strony zwróconej do zęba. Przez lekkie podważenie korony u brzegu przydziąsłowego zdejmujemy ją z zęba, umocowujemy na stożku. Dalsze postępowanie, celem odlania— wiadome.

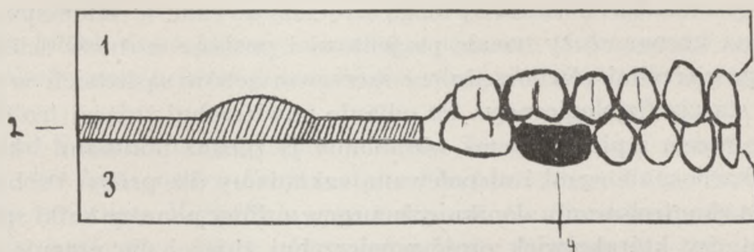
Metoda pośrednia — pozaustna.

Przy tej metodzie uciekamy się do użycia zgryzadeł, przyczem ze względu na konieczność modelowania w ruchu, możliwe jest użycie wyłącznie zgryzadeł ruchomych. Zgryzadło zawiasowe, ponieważ oddaje tylko ruch otwierania-zamykania, a wyłącza ruchy boczne, jest najzupełniej dla tego celu wykluczone. Podobnie t. zw. okkludator gipsowy. Posiłkując się zgryzadłami ruchomemi, niekoniecznie musimy stosować skomplikowane i drogie. Oto Balters (Bonn) podaje typ ruchomego, przystępnego zgryzadła. Składa się ono z ramienia dolnego, górnego, tworzących z nasadą części łączącej, pionowej, staw zawiasowy. Dalsza część pionowego połączenia jest sprężyną, umożliwiającą modelom odtworzenie ruchów bocznych.



Rys. V. Zgryzadło Baltersa.

Nader nieskomplikowanem zgryzadłem jest zmodyfikowany okkludator Kantorowicza, (t. zw. Artikulator mit der Zwischenscheibe), który od zwykłego okkludatora różni się obecnością płytki, wchodzącej między warstwę górną i dolną gipsu. Zgryzadło z płytką jest formą okkludatora; usunięcie płytki pozwala na ruchy boczne.



Rys. VI. Zmodyfikowany okkulator Kantorowicza (J. G.).

1—3 górny i dolny blok gipsowy
2 płytka (z metalu łatwotopliwego, randolfu i t. p.).
4 pierścień.

Postępowanie przy użyciu metody pozaustnej jest następujące.

Po dostosowaniu pierścienia bierzemy gipsem wycisk odpowiedniej strony zębów. Podobnie wycisk zębów przeciwległych. Po odlaniu wycisków otrzymane modele odtwarzają warunki domknięcia i zgryzu. Im większa liczba zębów zostanie objęta wyciskiem, tem ściślejsze dane otrzymamy dla odtworzenia zgryzu poza ustami. Opierając się na tej przesłance, Schlampp w Rostock nie używa zgryzadła, lecz biorąc jaknajobszerniejsze wyciski przy zetknięciu modeli w okkluzji i artykulacji, otrzymuje warunki jamy ustnej. Metoda modelowania w zgryzadle polega na tej samej zasadzie, co sposób śródustny. Porównując metodę śródustną i pozaustną, trudno nie zauważyć, że pierwsza z nich jest prostsza i szybsza; pracując według jej zasad, oszczędzamy czas brania wycisków, zagipsowania w zgryzadło, skracając trwanie zabiegu do samego modelowania. Metoda ta jednak wymaga pewnej wprawy.

W obu metodach omawiana była powierzchnia żująca lana. Jej większa grubość, niż powierzchni tłoczonej, warunkuje większą wytrzymałość, co jest poważnym plusem. Jednak sporządzanie nadmiernie grubej powierzchni żującej jest bezcelowe; nie podnosi w niczem wartości korony, a odbija się ujemnie na stronie materjalnej wykonawcy. Dla uniknięcia zbyt grubej warstwy przyszłego metalu, polecane są następujące sposoby:

1. Przy metodzie śródustnej, usunięcie ekskawatorem warstwy wosku od wewnętrznej strony powierzchni żującej.

2. Uprzednie wysłanie pierścienia masą osłaniającą lub mołdyną. Masa osłaniająca może pozostać w pierścieniu — złączy się z następną warstwą masy przy umieszczaniu w kociołku. Mołdyna daje się po zdjęciu wymodelowanej korony z zęba lekko z jej wnętrza usunąć.

Przy metodzie pozaustnej mogą być zastosowane te same sposoby.

Lana korona służy trwale pacjentowi i posiada możność ścierania owej powierzchni równorzędnie z szeregiem zębów sąsiednich w myśl zasad starcia fizjologicznego. Po odlaniu powierzchni żującej (co odbywa się razem z pierścieniem), obrabiamy ją zgruba pilnikami i kamykami karborundowemi i niepolewaną zakładamy dla próby. Próba polega na skontrolowaniu domknięcia i zgryzu. Przy pomocy kalki sprawdzamy, czy którakolwiek część powierzchni żującej nie pracuje nadmiernie, co, jak wiadomo, może być wyjściem dla spraw urazowych.

Praca powyższa jest drobnym przyczynkiem do korony czynnościowej, której nazwa, wraz z uzasadnieniem, nietylko od budowy samej powierzchni jest uzależniona. Nadto omawia ona poszczególny przypadek korony na stosunkowo niezniszczony i silny ząb.

Z chwilą zmiany w umocowaniu tak części koronowej, jak korzeniowej, następuje szereg odchyleń przy zasadach odbudowy korony. To też sprawa koron dla tych przypadków zajmie przyczynek następny.

PIŚMIENNICTWO

1. *Balters.* „Die Funktionskronen und Brücken". 1929. 2. *Gravinkel.* „Die Technik des Goldgusses". 1921. 3. *Häupl-Reichborn.* „Moderne Zahnärztliche Kronen und Brücken". 1929. 4. *Mühlreiter.* „Anatomie des menschlichen Gebisses". 5. *Preiswerk.* „Lehrbuch und Atlas der zahnärzlichen Technik". 1921. 6. *Schröder.* „Lehrbuch der technischen Zahnheilkunde". 1927. 7. *Rumpel.* „Klinik der modernen zahnärztlichen Prothese". 1928. 8. *Wetzel.* „Anatomie für Zahnärzte und Studierende der Zahnheilkunde". 1920.

ZUSAMMENFASSUNG.

Dass die Zähne ein biologisches, statisches Ganzes bilden, ist schon längst bekannt. Der funktionelle Wert dieses Ganzen entspricht der Summe der einzelnen Komponenten; Abweichung oder Beschädigung einer derselben führt zur Beschädigung des Ganzen.

Die Veränderungen in der Anordnung des Zahnbogens haben die veränderte, beschränkte Funktion zur Folge, ein genaues Verhältnis zwischen der Struktur und der Funktion lässt sich hier feststellen. Die Untersuchungen Müllers, Weski's, Schröders, Häupl-Langes u. a. ergaben, dass die Richtung der beim Kauen wirkenden Kraft im allgemeinen schräg sei. Diese Kraft lässt sich in zwei einzelne Komponenten zerlegen: eine horizontale und eine mit der Langachse des Zahnes parallel wirkende Kraft.

Häupl — Reichborn spricht die Meinung aus, dass die mit der Langachse parallel wirkende Kraft günstiger als die horizontale sei. Ausser-

dem, je grösser ist der Winkel. den die wirkende Kraft mit der Zahnachse bildet, desto grösser, wie Häupl erwiesen hat, wird die horizontale Kraft, was keinen guten Einfluss auf die Stabilität des Zahnes ausübt.

Die Untersuchungen Müllers haben bewiesen, dass zwischen der Grösse der horizontalen Kraft und der Flachheit (bzw. Höhe) der Zahnhöcker ein enges Verhältnis verhanden sei. Da die Arbeit nicht bloss von der wirkenden Kraft, aber auch von der Neigung der Zahnhöcker abhängig sei, müssen bei der Kronenverfertigung vor adlem die funktionellen Gründe berücksichtigt werden.

Die Funktionskrone kann nach einer: 1) direkten, 2) indirekten Methode ausgearbeitet werden.

1. Bei der direkten Methode wird die Kaufläche der Krone im Munde des Patienten im Blauwachs modelliert. Die Okklusion, sowie die Artikulation werden sorgfältig kontroliert. Das Zusammenbeissen, Vorwärts — und Seitenbewegungen werden bei dem Modellieren paarmal ausgeführt. In Wachsfläche werden die Gussstifte befestigt — der Ring dem Zahnstumpf abgenommen, in die Kiwette eingesetzt und die Kaufläche abgegossen.

2. Bei der indirekten Methode bedienen wir uns der Artikulatoren. Der Klappartikulator wie auch der einfache Gipsokkludator reicht bei der Verfertgung der Funktionskrone nicht aus, da dieser bloss die Okklusion darstellt. Wir können unsere Arbeit mittels der komplizirten Artikulatoren nicht ausführen. Balters zeigt uns seinen Federartikulator, welcher sowohl der Okklusion wie auch der Artikulation entspricht. Kantorowicz gibt einen Okkludator mit der Zwischenscheibe an, der die Seitenbewegungen ermöglicht. Bei der indirekten Methode nehmen wir nach dem Anpassen des Ringes einen Abdruck der betreffenden Zahnreihe. Je mehr Zähne enthält der Abdruck, desto genauer wird die Arbeit sein. Aus diesem Grunde nimmt Schlampp in Rostock sogar ganze Kieferabdrücke ab. Das Modellieren bei der indirekten Methode entspricht genau dem bei der direkten, doch nimmt die indirekte Methode mehr Zeit in Anspruch.

In beidem Fällen machen wir eine Gusskaufläche. Sie ist von längerer Dauer un kann den natürlichen Zähnen gleich dem physiologischen Abkauen nachfolgen. Um die all zu grosse Dicke der Krone zu verhindern, kann man entweder dem Blauwachs aus dem Innern der modellierten Kaufläche eine kleine Schicht entnehmen, oder vor dem Beginn des Modellierens dem Zahnstumpf ein wenig Einbettungmasse oder Moldine auflegen. Die Kaufläche kann man für eine richtige halten

wenn diese den Okklusionsverhältnissen wie auch den Artikulationsbewegungen entspricht. Demnach erfolgt die Korrektur nach dem Abguss der Krone. Diese Arbeit wird nur in diesen Fällen vorgenommen, wenn sich um die Funktionskrone eines gesunden, wenig beschränkten Zahnes handelt. Kommen Veränderungen in der Stabilität des Zahnes oder Kronenbeschädigungen vor, dann muss man bei dem Bau der Funktionskrone nach anderen Mitteln greifen. Von diesen Fällen wird in dem nächsten Beitrag die Rede sein.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

PROF. A. ARLOTTA. **Wytyczne do ustalania przyczyn wadliwości zgryzu.** ***(I principi informatori nel campo della etiologia delle malocclusini).*** La Stomatologia 1930-I.

Podstawą terapji racjonalnej jest dokładna znajomość przyczyn, wywołujących dane choroby. Znając przyczyny, można w wielu przypadkach chorób uniknąć. Na tem opiera się medycyna zapobiegawcza. Ortopedyczne leczenie już rozwiniętych wadliwości zgryzu daje wyniki dobre, — dokładne zaś poznanie przyczyn, wywołujących powstanie tych wadliwości, pozwoliłoby w wielu razach ich powstawania uniknąć. Daje się zauważyć naogół, że wadliwości zgryzu, podobnie jak próchnica, występują częściej u ludów kulturalnych i są jakgdyby proporcjonalne do stopnia rozwoju kultury. Przy podziale przyczyn wadliwości zgryzu bardzo trudno o systematyczne ich ugrupowanie, gdyż nigdy nie wiadomo, jaka przyczyna w jakim stopniu w danym przypadku oddziaływała. Niezaprzeczony np. jest wpływ dziedziczności: na długich szeregach znanych z portretów rodzin historycznych daje się on w wielu razach potwierdzić, oczywiście tam tylko, gdzie układ szczęk nienormalny na wyrazie twarzy się uwidacznia. Autor wiąże dziedziczność zgryzu z zagadnieniem dziedziczenia konstytucji organizmu. Sprawą tą zajęła się już Włoska Szkoła Antropologiczna.

Sprawa dziedziczenia wadliwości zgryzu wiąże się ściśle z dziedzicznością patologiczną. Znanym jest wpływ kiły dziedzicznej na kształtowanie się organów jamy ustnej. Należy jednak przy wnioskowaniu postępować bardzo ostrożnie, pamiętając, że i inne przyczyny mogą podobne zjawiska dystrofji i zatrzymania w rozwoju wywoływać. Uznawać więc podłoże kiłowe można jedynie w razie istnienia i innych jeszcze objawów kiły dziedzicznej.

Często dziedziczy się usposobienie toksyczno-troficzne, jak to bywa w alkoholizmie. Gruźlica przez zachwianie równowagi w obiegu wapnia wywołuje dystrofje kostne, które mogą się w różnych miejscach organizmu ujawniać. Rachityzm powoduje rozmiękczenie kości, a ono często ujawnia się w wadliwej budowie szczęk, przeważnie górnej.

W okresie życia płodowego bardzo wiele czynników może wpływać na tworzenie się wadliwości zgryzu. Przedewszystkiem położenie główki płodu i jego ruchy. Niektórzy autorzy uznają wyraźny wpływ pomocy akuszeryjnej.

U dzieci, karmionych sztucznie, o wiele słabiej rozwija się żuchwa: zależy to od różnicy układu ciała dziecka przy ssaniu i przy karmieniu sztucznem. Zalecają przy karmieniu flaszką podtrzymywać dziecko w pozycji siedzącej z szyją wyciągniętą i głową ustawioną prosto. Pokarm matczyny jest nie do zastąpienia: odżywianie sztuczne zawsze wywołuje niedobór wapnia i głód witaminowy, a to bardzo wybitnie przyczynia się do powstawania wadliwości zgryzu, co zostało już wielokrotnie na różnych zwierzętach doświadczalnie stwierdzone. U dzieci najważniejsze pod względem racjonalnego żywienia są pierwsze 4 lata życia.

Wpływ żucia na kształtowanie się szkieletu szczęk, a nawet, jak twierdzą niektórzy autorzy, nosa i czaszki, jest niezaprzeczony.

Narośla adenoidalne, utrudniające oddech naturalny, zmuszają do stałego otwierania ust, a to wpływa na rozwój różnych wadliwości zgryzu, nie wyłączając nawet wystawania żuchwy, co zostało w ostatnim czasie drogą doświadczeń stwierdzone (Wustrow). Należy jednak pamiętać, że samo usunięcie narośli nie powstrzymuje dalszego rozwoju tych wad, które należy usuwać ortodontycznie.

Przedwczesna utrata zębów mlecznych, a nawet tylko rozpad ich koron wpływa wyraźnie na złe ustawienie zębów. Ssanie palców, warg, wypychanie języka, podpieranie brody, podkładanie podczas snu ręki pod głowę, spanie z głową ułożoną nienormalnie (zbyt pochyloną lub zadartą) prowadzi do powstawania różnych anomalij.

Do szeregu przyczyn wadliwych zgryzów Autor zalicza wszelkiego rodzaju niedokładności rozwoju (zajęcza warga, przerost wiązadełka i t. p.), urazy, blizny, nawet niedopasowane dostawki zębowe. Autor uważa, że w interesie rozwoju ortopedji szczęk, należy jaknajwięcej starań poświęcić na utworzenie podstaw biologicznych dla tej nauki.

Str. L. Brennejsen.

DR. POUJOL. **Szybki przebieg podostrego zapalenia szpiku kostnego dolnej szczęki, jako skutek zmian śluzówki zęba mądrości.** La Revue de Stomatologie. Sierpień 1929 r.

Pani Ch. była skierowana do autora z powodu bolesności dolnego prawego zęba mądrości. Ząb jest niezmieniony, tylko zmieniona śluzówka wystaje ponad dwa tylne rogi zęba. Z pod śluzówki wydziela się przy naciskaniu kroplami ropa, a na śluzówce są widoczne niewielkie żółtawe ranki, jak przy początku stomatitis vincent. Policzek nie jest obrzmiały. Lekki szczękościsk.

Przed dwoma laty chora cierpiała z powodu podobnych objawów w lewym opozycyjnym zębie mądrości, który zaplombowano. Zdecydowano usunąć oba te zęby. Po wycięciu śluzówki i przecięciu tkanki łącznej założony elewator ujawnił chwianie się dwóch następnych zębów.

Gdy znieczulenie przeszło, chora zaczęła odczuwać bardzo silne bóle. Następnego dnia T.38.2 rano i 39.1 wieczorem, silny szczękościsk i obrzęk gruczołów podszczękowych.

Zastosowano: zastrzyk surowicy wialoważnej przeciwropnej, pędzlowanie arsenobenzonem (arsénobenzène) i częste płukanie.

Szóstego dnia zjawiła się obficie cuchnąca ropa oraz pogorszenie ogólnego stanu. Pod miejscowem znieczuleniem otwarto ognisko i wyłyżeczkowano, jednak objawy tak ogólne, jak i miejscowe nie nastąpiły, owszem nasiliły się.

Dziesiątego dnia, przypuszczając, że ma się do czynienia z osteophlegmoną dolnej szczęki, autor zdecydował się na operację i pod ogólną narkozą otwarto ognisko od strony zewnętrznej zęba mądrości. Zębodół był wypełniony krwią ciemną, pomieszaną z ropą; w tem pływały kawałeczki kości i kawałki ziarniny. Usunięto również ząb trzonowy, pod który wchodziła łyżeczka, wydobywając krew z ropą. Łyżeczka natrafiała na jamę w okolicy ramus ascendens szczęki, dochodzącą w dole do dolnego kanału zębowego. Była to więc cystitis z osteomyelitis.

Wygojenie postępowało powoli. W parę tygodni po zabiegu wydobyto jeszcze sekwestry kostne oraz ziarninę.

Autor uważa ten przypadek za interesujący z następujących przyczyn:

Etiologja — banalne zmiany śluzówki.

Szybki dalszy rozwój sprawy pomimo wyjęcia zęba i niewspółmiernie ciężkie objawy ogólne z objawami miejscowemi.

Gojenie się z wydzieleniem sekwestrów — więc osteomyelitis sequestrant.

Trudności rozpoznawcze.

Bakterjologiczną przyczyną były zapewne jakieś saprofity — beztlenowce, których zwykle dość dużo mamy w okolicy zębów.

HOFFMANN. **Stosowanie kokainy w zębolecznictwie** *(Die Verwendung von Kokain in der Zahnheilkunde).* Zahnärztliche Rundschau 1929 — 2.

Podobnie jak u nas, także i w Niemczech zamierzano ograniczyć możność zapisywania kokainy przez lekarzy-dentystów. Zamiar ten spotkał się ze zrozumiałym ogólnym protestem, a nawet tamtejsza Izba Lekarzy-Dentystów, łącznie ze wszystkiemi swojemi organizacjami zawodowemi, domaga się w Głównym Zarządzie Zdrowia wytłumaczenia się z zamierzonego, a niczem nieuzasadnionego, projektu ograniczenia wolności zapisywania lekarstw. Jest to bowiem z jednej strony obniżanie poziomu naukowego lekarzy-dentystów, a z drugiej zamach na ich uprawnienia, uzyskane drogą nauki i państwowych egzaminów.

W związku z tem rozpatrując sprawę, dochodzi autor na podstawie własnych klinicznych doświadczeń, a również i fachowego farmakologicznego piśmiennictwa, że kokaina w postaci używanej *(Cocainum hydrochloricum)* w pewnych chorobach zębów i szczęk jest środkiem, którego żadnym innym nie można zastąpić. Potwierdza to *Trendelenburg* w dziele „Grundlagen der allgemeinen u. speziellen Arzeneiverordnung (Lipsk, 1926), w którem mówi, że *przy znieczulaniu błon śluzowych kokaina jest nie do zastąpienia,* posiada ona działanie wgłąb lepsze od innych podobnych syntetycznych środków, którym znowu należy się pierwsze miejsce w znieczulaniu infiltracyjnem lub lumbalnem.

Podobnie również wypowiedzieli się w tej sprawie *Greve, Biberfeld, Kantorowicz, Paul,* zalecając do znieczulenia błon śluzowych użycie 5—20°/₀ kokainy.

Str. Jarząb (Poznań).

Ocena

Dr. med. dent. H. Kirsten. Die Jackotkrone.

H. Meusser. Berlin. 1929.

W praktyce często spotyka się przypadki, które można racjonalnie rozwiązać jedynie przez zastosowanie pochewkowej porcelanowej korony. Do tych przypadków przedewszystkiem należą niedorozwoje różnego rodzaju zębów siecznych i kłów. Dalej obszerne jamy próchnicowe zębów widocznych, ich pewne wykrzywienia, pociemnienie z powodu dewitalizacji i t. p. Oczywiście, że z powodu pewnej kruchości materjału — porcelany nie mają te korony wielkiego zastosowania przy naprawie zębów, przeznaczonych do żucia, które muszą wytrzymywać potężne ciśnienia: tam o wiele praktyczniejsze są korony złote. Ale zato w szeregu zębów przednich, korony pochewkowe z porcelany stosuje się teraz coraz częściej. Oczywiście, że i wykonanie ich z roku na rok się wciąż upraszcza i ulepsza. Spotyka się nowe, dowcipnie obmyślane, metody i dobrze przystosowane narzędzia. Takie najnowsze metody sporządzania koron pochewkowych z porcelany autor podaje w swej, choć krótkiej, ale ciekawej pracy. Na 63 stronicach udało mu się tego dokonać tylko dzięki załączeniu 125 niezmiernie przejrzystych, ładnie wykonanych rysunków, które wszelkie zawiłości znakomicie upraszczają. Każdemu, kto się zdobył na piecyk do wypalania porcelany, rzecz tę do przeczytania należy polecić.

L. Br.

O czem piszą?

Ponieważ niepodobieństwem jest streścić wszystko, co streszczenia jest godnem, będziemy dla informacyj naszych czytelników podawali pod powyższym tytułem tematy, którym poświęcono w najnowszych zeszytach pism dentystycznych ciekawsze artykuły.

L'Odontologie XII — 1929. Wykład wstępny prof. H. Cheneta w szkole dentystycznej w Paryżu na temat: „Proteza szczękowo-twarzowa". Morin pisze o leczeniu ropni i przetok pochodzenia zębowego za pomocą bakterjofagów Hérelle'a. Po opisie własności biologicznych tego pasorzyta drobnoustrojów chorobotwórczych, autor po-

daje parę przypadków z praktyki własnej, leczonych na podstawie zasad, przyjętych w medycynie ogólnej. Sprawie tej w niedługim czasie poświęcimy obszerniejszy artykuł. Resztę numeru wypełniają sprawozdania z posiedzeń naukowych różnych towarzystw dentystycznych.

W numerze 1 tegorocznym *The Dental Cosmos* spotykamy się na wstępie z pracą Burgessa o ruchomych dostawkach jednostronnych, umocowanych na zasuwkach zawiasowych. Japończyk Seiji Kato ogłasza dalszy ciąg swych prac nad histologją szkliwa ludzkiego.

La Stomatologia rozpoczyna rok nowy pracą prof. Arlotty*) o przyczynach wadliwości zgryzu. Rzecz ujęta wszechstronnie, oparta na licznych trafnych spostrzeżeniach z dziedziny patologji, dziedziczności, czynności fizjologicznych, odżywiania i różnych przyzwyczajeń szkodliwych. Dr. Bergamini pisze o próchnicy zębów mlecznych, a dr. Mori podaje wygłoszoną na zeszłorocznym kongresie stomatologicznym w Rzymie, niezmiernie ciekawą pracę o odkażaniu zębów z miazgą nekrotyczną. Badania laboratoryjne nad przenikliwością różnych używanych w zębolecznictwie substancyj wykazały, że najgłębiej i najdokładniej przenika w kanaliki zębinowe olej skalny—nafta oświetleniowa, destylowana w temperaturze między 150 a 300°. O jej własnościach bakterjobójczych mówią doświadczenia, czynione w instytucie hygjeny uniwersytetu we Florencji. Autor z powodzeniem stosuje naftę do leczenia zębów martwicowych, zarówno powikłanych ziarniniakami, jak i bez zmian przywierzchołkowych, i stwierdza jej skuteczność szczególniej w przypadkach niedrożności kanałów, zwracając uwagę na wybitne własności analgetyczne. Autor pozatem radzi próbować własności leczniczych nafty w paradentozach.

W zeszycie XII *Die Fortschritte der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv* w 3 obszernych artykułach omawiane są zagadnienia prawnicze, mające związek z dentystyką, przez prof. Eissera, Mirbta i Mischa. Dalej spotykamy ciekawe studjum, dotyczące pomocy dentystycznej w szkołach, Tholucka oraz przyczynek do historji dentystyki Lejeune'a. W dziale streszczeń mamy cały szereg prac z dziedziny chirurgji szczękowej wraz z protetyką, szkolnictwa i chorób zawodowych. Spotykamy się ze streszczeniami następujących prac polskich: Kopczyńskiego — „Stan pomocy dentystycznej w szkołach Rzeczypospolitej Polskiej“ (Dentystyka Polska 1928), Mance-

*) Streszczona w tym numerze.

wicza: „Ortopedyczny sposób leczenia złamania żuchwy w okolicy szyjki wyrostka stawowego". („Przegl. Dent." 1928), oraz Brennejsena: „Złamania żuchwy. Nowy rodzaj szyny" („Przegl. Dent." 1927).

W zeszycie I *Die Fortschritte der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv* (tom VI) spotykamy pracę anatomiczną prof. Bluntshli i dr. Schreibera, dotyczącą stosunku stawu żuchwowego do ruchów głowy, oraz morfologji trzonowców u antropoidów, dalej pracę prof. Fischera o gruźlicy, prof. Schmidta o zakażeniu ran anaërobami, haemofilji i transfuzji krwi wreszcie o znieczuleniach: miejscowem — Fischera i ogólnem — Hauberissera. W dziale streszczeń spotykamy prace różnych autorów z dziedziny anatomji specjalnej i porównawczej oraz patologji ogólnej i stomatologicznej. Z prac polskich streszczono drukowaną w „Przeglądzie Dentystycznym" pracę R. Poplewskiego o tkance podścieliskowej twarzy.

L. Br.

Z TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie protokuł walnego zgromadzenia Towarzystwa Stomatologicznego.

Protokuł walnego dorocznego zebrania członków Towarzystwa Stomatologicznego, odbytego w dniu 29 stycznia 1930 roku o g. 21, w lokalu kliniki Zachowawczej Państwowego Instytutu Dentystycznego przy ul. Marszałkowskiej 116.

Zebranie zagaił Prof. Wilga w obecności 17 członków Towarzystwa. Na wniosek prof. Wilgi zebranie powołało do prezydjum dra Gruszczyńskiego, jako przewodniczącego, lekarza-dentystę — Essigmana i dra Lipszyca jako asesorów, i lekarza-dentystę Karnibada jako sekretarza.

Po przyjęciu przez zebranie porządku dziennego, odczytano i przyjęto protokuły poprzednich walnych zebrań z dnia 30 stycznia i 20 lutego roku ubiegłego. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok sprawozdawczy odczytał prof. Wilga — prezes Towarzystwa.

W okresie sprawozdawczym Towarzystwo liczyło 37 członków; odbyto 2 walne zebrania i 8 posiedzeń naukowych, na których wygłoszono następujące wykłady:

1. K. Szepelski: „O patogenezie t. zw. nadziąślaków i ich terapji".

2. S. Kramsztyk: „Nowe kierunki w nauce o żywieniu, a zagadnienie próchnicy zębów".

3. H. Wilga: „W sprawie uchyleń w wyrzynaniu się zębów".

4. J. Węgierko: „Udział jamy ustnej w rozmaitych schorzeniach ustroju".

5. H. Puzynianka: „Sposób leczenia przewodów systemem Walkhoffa".

6. J. Gombiński: „O ziarniniakach".

7. H. Wilga: „Leczenie korzeni zębów z rozpadłą miazgą".

8. H. Wilga: „Zagadnienie ponownego zakażenia uprzednio leczonych zębów".

Sprawozdanie skarbowe przedstawił skarbnik Tow., lek.-dent. Mokrzycki, które zostało przyjęte do zatwierdzającej wiadomości.

Po wysłuchaniu sprawozdania komisji rewizyjnej, odczytanego przez lek.-dent. Sachsa, udzielono ustępującemu Zarządowi absolutorjum i wyrażono podziękowanie skarbnikowi za bardzo gorliwe inkasowanie składek.

Na wniosek ustępującego Zarządu uchwalono:

1. Upoważnić skarbnika do przechowywania gotowizny Towarzystwa na rachunku bieżącym w P. K. O.

2. Przystąpić do F. D. I. pod warunkiem, że równowaga budżetu Towarzystwa nie będzie naruszona.

3. Odbić na powielaczu odpowiednią liczbę statutu Towarzystwa i regulaminu.

4. Składkę pozostawić w tej samej wysokości, jak uprzednio.

Na wniosek Komisji Rewizyjnej uchwalono polecić przyszłemu Zarządowi zaprowadzenie buchalteryjnej księgi, kartoteki do dokumentów, kwitarjusza kasowego, karty wykresów dla członków Towarzystwa, księgi komisyjnej rewizyjnej i sporządzenie rocznego bilansu.

W wolnych wnioskach lek.-dent. Sachs proponuje zużycie dodatniego salda Towarzystwa na nagradzanie prelegentów dla zachęcenia do wykładów. W dyskusji nad tym wnioskiem zabierali głos: prof. Wilga, proponując zużycie pozostałych funduszów na opłatę za referowanie treści czasopism; dr. Brennejsen podtrzymuje wniosek lek.-dent. Sachsa z tem, aby w odczytach tych poruszane były tematy natury ogólno-lekarskiej i przyrodniczej. Ostatecznie uchwalono pozostawić tę sprawę do dyspozycji przyszłego Zarządu.

Dr. Brennejsen wnosi o obniżenie do połowy składki członkowskiej dla niezamożnych młodych kolegów. Wniosek ten nie uzyskał większości; przyjęto natomiast wniosek w brzmieniu, ustalonem

przez dra Gruszczyńskiego i lek.-dent Karnibada, jak następuje: „Zarząd w wyjątkowych wypadkach może zawiesić na pewien określony czas płacenie przez członka Towarzystwa składek lub zmniejszyć ich wysokość.“

Na wniosek lek.-dent. Karnibada uchwalono przesłać sprawozdanie z działalności Towarzystwa do wszystkich czasopism zawodowych.

W rezultacie wyborów obrano władze Towarzystwa w następującym składzie:

Prezes — prof. Wilga; wiceprezes — dr. Brennejsen; sekretarz — dr. Zeńczak; zastępca sekretarza — lek.-dent. Orłowska; skarbnik — lek.-dent. Mokrzycki; bibljotekarz — dr. Gelbard; Komisja rewizyjna — lek.-dent. Goldberg-Górski, Pietkiewiczowa i Sachs; Komisja kwalifikacyjna: dr. Gruszczyński, Essigman, Ujejski, Blikle, Walicki, Szajewski i Karnibad.

Po ogłoszeniu rezultatów głosowania przez komisję skrutacyjną zebranie zostało zamknięte o godz. 24.-ej.

Karnibad, sekretarz. *Gruszczyński,* przew. zebrania.

KONIECZNOŚĆ REFORMY LECZNICTWA.

Wolny głos w sprawie rewizji ustawy o Kasach Chorych.

Przedruk z Nr. 19 „Dziennika Kujawskiego” (Inowrocław) 1930 r.

Potrzeba rewizji ustawy o kasach chorych bardzo interesuje opinję społeczną, która coraz głośniej domaga się jej rekonstrukcji.

Ustawa winna być tak zreformowana, aby zadawalniała i lekarzy i pacjentów i dawała pożytek społeczny.

Kierownictwo kasami winno spoczywać w rękach lekarzy, tylko lekarz bowiem jest w stanie odczuć potrzeby pacjentów i racjonalność lecznictwa, tylko lekarz obejmujący umysłem całokształt opieki lekarskiej społeczeństwa może być również dobrym administratorem i ekonomistą bez uszczerbku dla zdrowia społecznego.

Dyrektorzy-lekarze winni mieć na posiedzeniach Rad i Zarządów pełnię praw decyzji, a nie tylko głosu doradczego. Uważam za słuszne wprowadzenie zasady, że dyrektor Kasy i naczelny lekarz w małych kasach może być w jednej osobie. Dyrektor-lekarz lub naczelny lekarz winien perjodycznie pod swem przewodnictwem zwoływać

narady ze stale pracującymi lekarzami, których głos winien być brany pod uwagę i służyć materjałem opinjodawczym dla dyrektora na zebraniach decydujących Zarządu lub Rady, gdzie dyrektor występuje jako członek władzy na równych prawach.

Opozycja ciała lekarskiego danej kasy wobec dyrektora-lekarza, czy lekarza naczelnego jako zastępcy nie może decydować o jego stanowisku, a to dla unikania niepożądanych tarć i intryg demagogicznych. *Do takich narad winni być dopuszczeni na równych prawach i lekarze- dentyści, pracujący w kasie, zwłaszcza w kwestjach lecznictwa dentystycznego.*

W referacie, wygłoszonym w sekcji stomatologicznej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie, omawiając potrzebę wprowadzenia obowiązku notowań chorób jamy ustnej i zębów jako danych statystyczno-naukowych, podkreśliłem, że w leczeniu chorób ogólnych ważnym jest czynnikiem utrzymywanie w stanie zdrowotnym jamy ustnej, zębów, otaczających ich tkanek i przydatków jamy ustnej, aby zapobiegać chorobom ogólnym i zakaźnym.

Ażeby walka z wrogiem, mającym dostęp do ustroju człowieka przez naturalny otwór, jakim jest jama ustna, była skuteczna, należy również zreformować pomoc lekarsko-dentystyczną w kasach chorych, wyposażając gabinety w potrzebne nowoczesne urządzenia.

Choremu można tylko wtenczas pomóc w walce z czynnikiem chorobotwórczym, jeżeli się postawi dobre rozpoznanie choroby, a do tego chory winien poddać się całemu szeregowi badań analitycznych nie wyłączając zbadania jamy ustnej, zębów i doprowadzenia takowych do stanu uzdrawiającego. Chory sumiennie i bez pośpiechu badany nabiera zaufania do lekarza. Symulanta przejmuje to strachem i zraża do udawania choroby.

Dobra organizacja lecznictwa odbije się dodatnio na stanie finansowym kas, gdyż nie liczba recept, ilość zużytego lekarstwa i jego cena decyduje o polepszeniu stanu zdrowotności społeczeństwa, a trafność rozpoznania i dobre metody lecznictwa.

Co do systemu lecznictwa kasowego nie mamy jednomyślnej opinji. Gdy jedni uważają system gabinetowy za lepszy, drudzy widzą przewagę w dobroci w systemie ambulatoryjnem.

Uważam, że jak jeden, tak i drugi może być dobry i zły. Dobry on będzie wówczas, jeżeli gabinety prywatne będą postawione na wysokości zadania. Zły bezwzględnie, jeżeli ta strona będzie nie doceniana. Powiedział do mnie jeden z lekarzy, zmęczony po przyjęciach: „Dziś przez 3 godziny przyjąłem blisko 70 pacjentów, niech się mnie

ktoś zapyta, dużo im pomogłem?" To nie wina lekarza, a system przyjmowania dużej liczby pacjentów.

W systemie ambulatoryjnym widzę tę wyższość, że ma się możność korzystania ze wszelkich pomocy i zdobyczy naukowych w rozpoznaniu choroby i ma się możność w razie spraw niejasnych lub wątpliwych korzystać z pomocy kolegów współpracujących specjalistów, co w systemie gabinetowym już jest utrudnionem i kosztownem.

Dowolny wybór lekarza ma doniosłe znaczenie pod względem psychologicznym.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej dąży obecnie do podstawy, aby lecznictwo w kasach chorych było podzielone na rejony „każdy rejon ma być reprezentowany przez „lekarza domowego" którego obowiązkiem byłoby leczyć chorych lżejszych i odwiedzać nawet zdrowych celem wnikania w ich warunki socjalne. Lekarz rejonowy ma także decydować gdzie i do kogo skierować chorego w wypadkach cięższych. Wprawdzie przekreśla to wolny wybór lekarza, ale uporządkowuje sprawę w tem znaczeniu, że lekarz rejonowy wie co się w jego rejonie dzieje i ma możność kontroli i prowadzenia statystyki chorób, ale obawiam się, czy wobec wymagania od niego odwiedzin nawet osób zdrowych i wnikanie w ich warunki socjalne — lekarz rejonowy nie zejdzie do roli sanitarjusza włóczęgi, którego ubezpieczeni będą lekceważyć, wymagając od niego tylko wizji, a skierowywania chorych do innego lekarza. Trzeba znać psychologję. Lekarz winien być lekarzem i wizytować tam, gdzie jego obecność jest konieczną.

Jan Ligęza, lekarz-dentysta Kasy Chorych.

Odpowiedź Redakcji.

W. P. Edyta Wolska, lek.-dent. Przedbórz, woj. Kieleckie.

W odpowiedzi na pismo z dn. 14.II r. b. Redakcja komunikuje, że, gdy zażalenie w pierwszej instancji nie odnosi skutku, należy się zwrócić do 2-ej (Województwo), a w razie ujemnego wyniku i w tym przypadku —do instancji 3-ej (Depart. Służby Zdrowia w Min. Spr. Wewn.). Na wyraźne Pani życzenie, nadesłane listownie, Redakcja mogłaby list z dn. 14 b. m. przesłać do Depart. bezpośrednio na podstawie tego upoważnienia.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.